

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Adres .....

WNIOSEK

I. Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w:

Kujawsko-Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy lub ..... Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ..... z dniem ..... roku.

II. Zgłaszam/nie zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia (wymienionym w I części) następujących członków mojej rodziny:

Nazwisko imię	Pokrewieństwo	PESEL	Data ukończenia nauki	TAK / NIE	
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jestem świadomy/-a, że ubezpieczenie zdrowotne dzieci wygasa z dniem ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 lat. Zobowiązuję się do powiadomienia o kontynuowaniu nauki przez pełnoletnie dzieci.**

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Data i podpis osoby bezrobotnej